

令和 年 月 日

行方市長様  
(介護福祉課扱い)

(届出人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記被保険者の介護保険に関する書類の送付先を変更したく届け出します。届け出にあたり被保険者及び送付先の承諾は得ております。

なお、この送付先変更の届け出に伴って発生する諸問題は、届出人が責任をもって対処することとし、貴市に一切迷惑をかけないことを申し添えます。

記

■被保険者 (※対象者)

被保険者番号 \_\_\_\_\_

〒

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_

■送付先変更の理由

※記入例： 本人が管理できないため、一時的に施設へ入所するため、など

■送付先

〒

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【市確認欄】 ※届出人の本人確認として、公的機関で発行している顔写真付き身元確認書類（写し）の添付が必要です。

運転免許証 マイナンバーカード 障害者手帳 パスポート 運転経歴証明書

登記事項証明書原本又はその写し（成年後見人・保佐人・補助人のみ） その他（ ）